



1576678
INTERCÂMBIO

1. Registro ANS 4064 14 3. Data de Emissão da Guia 18/10/2013 4. Data de Autorização 12/11/2013 5. Sentença AUTORIZADO 6. Número da Guia Principal 11576717 7. Data Validação da Sentença 15/11/2013

8. Número da Carteira 010120255775457700001011011 9. Plano POS REDE PRESTADORA 10. Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11. Data Validação da Carteira 11/11/11 12. Número do Cartão Nacional de Saúde

13. Nome LUZINETE LOPES DE MELO 14. Telefone 03/09/1977 15. Nome do titular do plano LUZINETE LOPES DE MELO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16. Atendimento a RN N 17. Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS 18. Número no CRO 8958 19. UF BA 20. Código CRO S 025 - Faturar Empresa

21. Código na Operadora / CNPJ / CPF 88848511600101010101 22. Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA - ME 23. Número no CRO 8958 24. UF BA 25. Código CNES 6127290

26. Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS 27. Número no CRO 8958 28. UF BA 29. Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30. Tabela	31. Código do Procedimento	32. Descrição	33. Dente/Região	34. F. ano	35. Ord	36. Quantidade US	37. Valor	38. Franquia/Co-participação R\$	39. Aut	40. Data de Realização	41. Motivo da cotação	42. Assinatura
1	0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	16 1 10 0	0 10 0	11	21/11/2013		
2	0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	16 1 10 0	0 10 0	11	21/11/2013		
3	0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	16 1 10 0	0 10 0	11	21/11/2013		
4	0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	16 1 10 0	0 10 0	11	21/11/2013		
5	0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	16 1 10 0	0 10 0	11	21/11/2013		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43. Data Prescrição Termino do Tratamento 11/11/2013 44. Tipo de Pagamento 1. Total 2. Parcial 45. Total Quantidade US 30151010 46. Valor Total R\$ 101010 47. Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48. Observação

50. Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/11/2013 Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas Cirurgião-Dentista CRO-BA 8958 51. Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/2013 Dr. Paloma A. Gonçalves Cirurgião - Dentista CRO-BA 23213 52. Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável 21/11/2013 Luzinete Faturar 53. Data local e Cartão de Empresa 21/11/2013 Dr. Paloma A. Gonçalves Cirurgião - Dentista CRO-BA 23213